

OBRAZAC O JEDNOSTRANOM RASKIDU UGOVORA

Prima: _____ (naziv poslovanja, adresa, OIB, kontakt podaci)

Ispunjavanjem, potpisom i slanjem ovog obrasca izjavljujem da jednostrano raskidam

Ugovor o prodaji sljedeće robe naručene/primljene dana (upisati broj i datum narudžbe): _____

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

E-mail: _____

Datum i mjesto: _____

Potpis potrošača: _____

(Potpis je potreban samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru)

Ovaj primjerak obrasca možete ispuniti i poslati elektronički putem na email adresu: sensamed@sensamed.hr ili poštom na adresu prodavatelja Sensamed d.o.o., Nikole Tesle 17, 44000 Sisak

Potvrdu primitka obavijesti o jednostranom raskidu dostaviti ćemo Vam bez odgađanja elektroničkim putem.